



RUIMTE voor meditatie en bewustwording, voetreflextherapie en healing
Duinweg 52A, 1871 AH SCHOORL

06-13618638 monique@ruimtevoormeditatie.nl

KvK: 37153167 – AGB: 90-046553 en 90-55177 – RBCZ: 174309R – LVNT: 12.015

BEHANDELINGSOVEREENKOMST

Naam client:

Geboortedatum:

Adres::

BSN Nummer:

Postcode/Woonplaats

Emailadres:

Telefoon:

Verzekering

Polisnummer:

De informatie die tijdens het intake gesprek en consulten wordt uitgewisseld, is strikt vertrouwelijk en wordt alleen gebruikt in deze praktijk. De therapeut zal geen informatie inwinnen bij behandelend arts, therapeut en/of specialist zonder uw toestemming. Door ondertekening van de behandelovereenkomst, verklaart de cliënt(e):

- zich door eigen beweging voor behandeling aan te melden,
- voor eigen rekening en aansprakelijkheid te willen en worden behandeld,
- bekend te zijn met de werkwijze en het behandelproces van natuurgeneeskundige consulten en toestemming geeft voor het verlenen van een natuurgeneeskundig consult voor de aangegeven klacht/doelstelling. Deze klacht en doelstelling zal elke sessie worden geëvalueerd en vastgelegd in het dossier. Voor informatie over werkwijze en behandelproces zie: www.ruimtevoormeditatie.nl
- geïnformeerd te zijn over en akkoord gaan met de algemene voorwaarden RUIMTE m.b.t. vertrouwelijkheid van de consulten/therapie, afspraken behandelingen/consulten, vergoeding van de consulten en betalingsvoorwaarden en weet dat deze op de website www.ruimtevoormeditatie.nl te vinden zijn,
- dat u als cliënt aan RUIMTE alle voor de behandeling van belang zijnde informatie verstrekt, zoals aanwezig in het medisch dossier van huisarts/specialist of andere behandelaars.

Wat is de hulpvraag?

Heb je last van klachten (fysiek/emotioneel)? Ja Nee
Zo ja, welke zijn dat?

Sinds wanneer heb je deze klacht(en)?

Is er een moment van de nacht waarop je vaak wakker wordt? Ja Nee
Zo ja, hoelaat?

Wat is je smaakvoorkeur? Zoet – hartig – zuur – zout – bitter?

Welke artsen heb je geraadpleegd? Huisarts Specialist Anders:

Welke diagnose is gesteld?

Ben je al eerder in behandeling geweest voor dit probleem? Ja Nee
Zo ja, bij wie?

Wat is het resultaat van de gevolgde behandeling tot nu toe?

Ben je momenteel onder medische, psychologische of psychiatrische behandeling? Ja Nee
Zo ja, bij wie?

Gebruik je medicijnen? Ja Nee
Zo ja, welke?

Ben je ooit geopereerd geweest? Ja Nee

Heb je lichaamsvreemd materiaal in je lichaam? Ja Nee

Overige informatie die je van belang acht voor de behandeling:

Wat is je gewenste doel van de behandeling?

Eventuele, nadelige gevolgen die voortvloeien uit het achterhouden van informatie, aanwezig in het medisch dossier van de huisarts, zijn voor verantwoordelijkheid van de cliënt(e).

Datum:

Plaats:

Handtekening:

